

بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران

بستری در بخش‌های ارتوپدی

عزت پاریاد* - مهربی جهانشاهی** - شیرین جفرودی* - احسان کاظم نژاد***

* مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل

*** مربی آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۲/۲/۲

تاریخ پذیرش: ۸۲/۱۰/۱۲

چکیده

مقدمه: بی حرکتی یک محدودیت جسمانی است که اگر به مدت طولانی ادامه یابد، می‌تواند با عوارض متعددی از جمله آسیب‌های جلدی و زخم فشاری همراه گردد. زخم فشاری به طور متوسط ۱۹ درصد بیماران بستری در تمام بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهد. شیوع زخم بستر در بخش‌های ارتوپدی در آمریکا ۱۰/۹ درصد و در بخش‌های ارتوپدی تهران ۲۵ درصد گزارش شده است.

هدف: با توجه به تأثیر کیفیت مراقبت بر پیشگیری از زخم فشاری این پژوهش با هدف تعیین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری در بخش‌های ارتوپدی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی با استفاده از یک ابزار سه قسمتی شامل معیار پیش‌گویی کننده زخم فشاری Braden، پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست مشاهده جهت تعیین کیفیت فرایند مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری انجام شده است. ۷۰ بیمار بی‌حرکت بستری در بخش ارتوپدی نمونه‌های این پژوهش را تشکیل دادند و ابزار پژوهش بوسیله مشاهده تکمیل گردید.

نتایج: نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت فرایند مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در اکثریت موارد نسبتاً مطلوب بوده (۸۷/۱٪ موارد) و در اکثریت موارد (۷۲/۹٪) ساختار مورد مطالعه از کیفیت نامطلوب برخوردار بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین دو متغیر کیفیت فرایند مراقبت‌های ارائه شده جهت پیشگیری از زخم فشاری و کیفیت ساختار موجود در مراکز آموزشی درمانی تحت مطالعه ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.004$ و $r = 0.341$) نتیجه‌گیری: از آنجایی که ساختار محیط پژوهش در اکثریت موارد دارای کیفیت نامطلوب بوده است این امر می‌تواند بر مطلوب شدن کیفیت فرایند مراقبت در اکثر موارد مؤثر بوده باشد. به نظر می‌رسد با توجه به نتایج تحقیق برگزاری دوره‌های بازآموزی جهت مدیران بخش‌های مراقبتی می‌تواند نتایج مطلوبی داشته باشد.

کلید واژه‌ها: بی حرکتی / زخم بستر / کیفیت مراقبت بهداشتی

مقدمه

بی حرکتی (Immobility) یک محدودیت جسمانی بدن‌بال فرایند بیماری، ضربه یا اقدام‌های درمانی است. عوامل خارجی مانند گچ‌گیری، کشش و بیماری‌هایی مانند سکنه قلبی حاد یا محدودیت حرکتی استخوان‌ها و ماهیچه‌ها نیز ممکنست باعث بی‌حرکتی شوند. بی‌حرکتی به مدت طولانی می‌تواند عوارض فراوانی بدن‌بال آورد. از شایع‌ترین و جدی‌ترین آنها آسیب‌های جلدی هستند که

به صورت زخم‌های فشاری بروز می‌کند. و به دلیل اثرهایش می‌تواند زیان‌های عمده‌ای را به بیمار و جامعه تحمیل کند (۴). هیچ دستگاهی از عوارض بی‌حرکتی در امان نیست اما، شدت آسیب دیدگی اندام‌ها و دستگاه‌های بدن به سن، سلامتی عمومی و درجه بی‌حرکتی بستگی دارد. فرد به دنبال استراحت در بستر به مشکلات فراوانی دچار می‌شود به طوری که به علت تحمل نکردن وزن

با توجه به اهمیت این مساله و قابل پیشگیری بودن آن، پژوهشی با هدف تعیین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری در بخش‌های ارتوپدی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که محیط آن بخش‌های ارتوپدی یکی از مراکز آموزشی-درمانی شهر رشت هستند و جامعه این پژوهش را تمام بیماران بستری در این بخش‌ها که دارای محدودیت حرکتی بودند، تشکیل می‌دهد. ۷۰ نفر از این بیماران به صورت نمونه‌گیری آسان در مدت سه ماه به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. واحدهای پژوهش همگی بیش از ۱۸ سال داشتند و محدودیت حرکتی آنها در حد نسبی یا کامل بود. در مدت سه ماه، ۳۲۰ بیمار با این خصوصیت‌ها شناسایی شدند و با ابزار پیشگویی کننده زخم فشاری بریدن (Braden) ارزیابی شدند و ۷۰ بیمار که از این ابزار امتیاز ۱۶ یا کمتر را کسب کرده بودند به عنوان افراد در معرض ابتلاء- به زخم فشاری- انتخاب شدند. این معیار شش حیطه درک حسی، رطوبت پوست، وضعیت تغذیه، اصطکاک و عامل مستعد کننده است. و به هر یک از این حیطه‌ها امتیازی براساس مقیاس لیکرت به شکل خیلی ضعیف، ناکافی، کافی و عالی تعلق می‌گیرد. افرادی که از این مقیاس، امتیاز ۱۶ یا بیشتر را بدست آورند در خطر ابتلا به زخم فشاری قرار دارند (۴ و ۱۳).

ابزارگردآوری داده‌های این پژوهش برای تعیین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری سه قسمت بود:

- ۱- مقیاس پیشگویی کننده زخم فشاری بریدن .
- ۲- فرم ثبت ویژگی‌های دموگرافیک و جنس، سن، تعداد روزهای بستری و حضور همراه در بخش.
- ۳- چک لیست مشاهده برای تعیین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از بروز زخم فشاری که خود شامل دو قسمت بود: قسمت اول مربوط به کیفیت فرایند

توسط پاهای، ماهیچه‌های اسکلتی وضعیت طبیعی خود را از دست می‌دهند. جریان خون به پاها کاهش می‌یابد. تغییرات متابولیکی باعث کاهش متابولیسم پایه شده و تأثیر آن بر پوست به صورت زخم فشاری ظاهر می‌شود. همچنین با بالا رفتن میزان کلسیم و فسفر خون خطر عفونت ادراری نیز افزایش می‌یابد (۵ و ۹). در برآوردی که در سال ۱۹۹۹ در امریکا انجام شد، تقریباً ۱/۷ میلیون نفر از پدیده زخم فشاری رنج می‌برند که ۷۰ درصد آنها در مراکز مراقبتی حاد (۴) و ۳۰ تا ۵۰ درصد همین مبتلایان در بخش‌های ارتوپدی بستری هستند (۶ و ۷). تحقیقی در سال ۱۳۷۹ در تهران نشان داد که ۲۵ درصد بیماران بستری در بخش‌های ارتوپدی دچار درجه‌های مختلفی از زخم فشاری هستند (۸).

از نظر اقتصادی همچنین، این میزان بالای شیوع، مشکلات بسیاری برای سیستم‌های نگهداری و مددجویان ایجاد می‌کند (۹) و علاوه بر صرف هزینه گزاف برای درمان زخم‌های فشاری، وقت بیشتری نیز برای مراقبت از آنها اختصاص می‌یابد. زخم‌های فشاری درمان نشده بسیار خطرناک و کشنده هستند. بنابراین ممکن است در صورت مراقبت نکردن منجر به مرگ بیمار شود (۱۰). از آنجائی که به رغم بکارگیری بهترین روش‌های پیشگیری باز هم زخم فشاری بروز می‌کند، بنابراین بهترین راه، تشخیص سریع بیماران در معرض خطر و انجام اقدام‌های پیشگیری کننده در سریع‌ترین زمان ممکن است (۱۱). از اصول مهم پیشگیری، ارتقاء کیفیت مراقبت در مددجویان بی حرکت یا کم حرکت است و برای دستیابی به این هدف باید این مراقبت‌ها براساس استانداردهای از پیش تعیین شده انجام شود (۹، ۱۰ و ۱۱). با توجه به این مطالب می‌توان نتیجه گرفت که با ارائه مراقبت‌های اصولی و درست می‌توان از ایجاد زخم‌های فشاری پیشگیری کرد (۱۲). یافته‌های یک تحقیق در سال ۱۹۹۷ نشان داد که با مراقبت‌های سریع پرستاری و بموقع می‌توان از ایجاد زخم‌های فشاری به میزان ۹۵ درصد پیشگیری کرد (۱۳).

مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری که خود نیز مشتمل بر ۴ حیطه کیفیت بررسی بیماران، کیفیت مراقبت‌ها از نظر تغییر وضعیت، کیفیت مراقبت از لحاظ تغذیه و کیفیت مراقبت از نظر آموزش به بیماران بستری و خانواده آنان بود. قسمت دوم مربوط به کیفیت ساختار محیط پژوهش و شامل سه قسمت نیروی انسانی، لوازم و تجهیزات و محیط فیزیکی بود.

برای تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوا و برای تعیین اعتماد علمی از روش مشاهده همزمان استفاده شد. پژوهشگر پس از تعیین اعتبار و اعتماد علمی، به محیط پژوهش مراجعه کرد و هر یک از واحدهای پژوهش را در سه نوبت متوالی صبح و عصر و شب مورد مشاهده قرار داد. پس از امتیازدهی به هریک از موارد مشاهده شده، مجموع امتیازها به صورت درصد محاسبه شد، به این صورت که تمام واحدهای دارای امتیاز کمتر از ۵۰ درصد - از حداکثر امتیاز، به عنوان کیفیت نامطلوب، واحدهایی که بین ۵۰ تا ۷۵ درصد امتیاز را کسب کرده بودند به عنوان نسبتاً مطلوب و واحدهای با امتیاز بالاتر از ۷۵ درصد به عنوان کیفیت مطلوب طبقه‌بندی شدند.

نتایج

اکثر نمونه‌ها در محدوده سنی ۶۵-۳۵ ساله (۵۰٪) و مذکر بودند (۶۲/۹٪) و در زمان نمونه‌گیری به مدت کمتر از یک هفته بود که در بخش بستری شده بودند (۶۰٪) همچنین

فردی را به عنوان همراه در کنار خود داشتند (۶۴/۳٪). یافته‌های پژوهش در مورد کیفیت مراقبت‌های ارائه شده نشان داد که در اکثر موارد (۸۷/۱٪) فرایند مراقبت‌ها در پیشگیری از زخم فشاری از کیفیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بود. همچنین بین متغیر تعداد روزهای بستری و کیفیت فرایند مراقبت‌ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس ($F=3/631$ و $p<0/032$) و متغیر حضور همراه و کیفیت فرایند مراقبت‌ها با استفاده از آزمون تی ($t=5/981$ و $P<0/005$ و $df=68$) ارتباط معنی‌دار آماری بدست آمد (جدول شماره ۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش در اکثر موارد (۵۰٪) بررسی بیماران از کیفیت مطلوبی برخوردار بود. همچنین در اکثر آنها (۸۰٪) مراقبت ارائه شده به صورت تغییر وضعیت، و نیز تغذیه بیماران (۸۰٪) کیفیت نسبتاً مطلوبی داشت. در آموزش بیماران بستری و خانواده آنان نیز، یافته‌ها حاکی از آن است که در اکثر موارد (۷۱/۴٪) کیفیت مراقبت‌های ارائه شده مطلوب بوده است.

بر اساس یافته‌ها بخش‌های ارتوپدی مرکز آموزشی - درمانی محل مطالعه در اکثر موارد (۷۲/۹٪) از نظر کیفیت نامطلوب داشتند.

همچنین یافته‌های آزمون آماری همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط بین کیفیت فرایند مراقبت‌های ارائه شده و کیفیت ساختار موجود و مراکز آموزشی درمانی شهر رشت ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P<0/004$ و $t=0/341$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع کیفیت فرایند مراقبت‌های ارائه شده جهت پیشگیری از زخم فشاری شامل روزهای بستری و حضور همراه

نتیجه و نوع آزمون	انحراف معیار	میانه	جمع		نامطلوب		نسبتاً مطلوب		مطلوب		کیفیت فرایند مراقبت روزهای بستری
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
آزمون آنالیز واریانس $F=3/631$ $P<0/032$ معنی‌دار است	۶/۹۴	۶۷/۷۴	۱۰۰	۴۲	۰	۰	۸۳/۳	۳۵	۱۶/۷	۷	کمتر از یک هفته
	۷/۵۱	۶۳/۲۷	۱۰۰	۱۹	۵/۳	۱	۸۹/۵	۱۷	۵/۳	۱	۱-۷ روز
	۳/۶۱	۶۳/۲۷	۱۰۰	۹	۰	۰	۱۰۰	۹	۰	۰	بیش از دو هفته
	۷/۰۵	۶۵/۹۵	۱۰۰	۷۰	۱/۴	۱	۸۷/۱	۶۱	۱۷/۸	۸	جمع
تی مستقل $t=5/981$ $df=68$ $P<0/005$ معنی‌دار است	۶/۱۶	۶۹/۰۱	۱۰۰	۴۵	۰	۰	۸۲/۲	۳۷	۱۷/۸	۸	حضور همراه
	۴/۹۰	۶۰/۴۳	۱۰۰	۲۵	۴	۱	۹۶	۲۴	۰	۰	حضور داشت
	۷/۰۵	۶۵/۹۵	۱۰۰	۷۰	۱/۴	۱	۸۷/۱	۶۱	۱۷/۸	۸	حضور نداشت
	۷/۰۵	۶۵/۹۵	۱۰۰	۷۰	۱/۴	۱	۸۷/۱	۶۱	۱۷/۸	۸	جمع

جدول شماره ۲: جدول توافقی تعیین ارتباط بین کیفیت فرآیند مراقبت های ارائه شده جهت پیشگیری از زخم فشاری و مجموع کیفیت ساختار

بخش ارتوپدی مردان و زنان

نتیجه و نوع آزمون	جمع		نامطلوب		نسبتاً مطلوب		مطلوب		کیفیت فرآیند مراقبت ساختاربخش
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
آزمون همبستگی پیرسون $F=0/341$	۱۰۰	۱۹	۰	۰	۷۳/۷	۱۴	۲۶/۳	۵	ساختار مطلوب
	۱۰۰	۵۱	۲	۱	۹۲/۲	۴۷	۵/۹	۳	ساختار نامطلوب
	۱۰۰	۷۰	۱/۴	۱	۸۷/۱	۶۱	۱۱/۴	۸	جمع

بحث و نتیجه گیری

یافته های این تحقیق نشان داد که آموزش بیمار و خانواده اش کیفیت نامطلوب داشته است. این در حالیست که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کارکنان تیم بهداشتی - درمانی، وظیفه و مسئولیت های گوناگونی دارند که هر روز هم بردامنه آنها افزوده می شود. از جمله مسئولیت های قانونی آنان آموزش بیمار است (۱۶). در مورد یافته های این تحقیق پژوهشگر معتقد است که از یک سو آگاه کردن کارکنان پرستاری در مورد اهمیت آموزش، (به دلیل طولانی شدن فاصله سال های آموزش پرستاری با حضور در بخش ها)، و از سوی دیگر گستردگی نامناسب نیروی انسانی در بخش ها و کمبود وقت می تواند از عوامل موثر در کاهش کیفیت مراقبت در آموزش بیمار و خانواده آنان باشد.

حضور همراه و تعداد روزهای بستری نیز بر کیفیت فرآیند مراقبت های پیشگیری کننده از زخم فشاری موثر بود که ممکن است به علت نبودن برنامه ریزی مناسب برای ارائه مراقبت ها به صورت منظم و معمول در همه بیماران بستری بوده باشد.

بدیهیست که از عوامل بسیار موثر بر ارتقاء کیفیت فرآیند مراقبت های پیشگیری کننده، مطلوب بودن ساختار بخش های محل بستری بیماران بی حرکت است. این ساختار خود شامل سه جزء نیروی انسانی، وسایل و تجهیزات و محیط فیزیکی است (۱۷ و ۱۸). نامناسب و ناکافی بودن لوازم و تجهیزات موجب می شود که مراقبت به صورت درست آن ارائه نشود و پیامدهای نامطلوبی بدنبال داشته باشد (۱۹). تاثیر محیط فیزیکی نامناسب نیز

بر اساس یافته های این پژوهش کیفیت مراقبت در بررسی بیمار از نظر علامت های شروع کننده زخم فشاری مطلوب بوده است. یکی از وظیفه های مهم پرستاران در مواجهه با بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری شروع علامت های بروز زخم است (۱۴) به نظر می رسد علت کیفیت مطلوب بررسی پوست این بیماران آگاهی و حس مسئولیت قوی کارکنان بخش های مورد مطالعه بوده باشد. بدیهیست کیفیت مطلوب بررسی بیماران در معرض خطر، خود گامی در جهت پیشگیری است و با توجه به شرایط ساختاری بخش های مورد مطالعه، احساس مسئولیت کارکنان می تواند گامی موثر در مطلوب کردن کیفیت مراقبت های پیشگیری کننده باشد و از بروز بیشتر زخم های فشاری پیشگیری کند (۹). این در حالیست که کیفیت مراقبت های ارائه شده در مورد تغییر وضعیت بیمار نسبتاً مطلوب بوده است. با توجه به این که ارائه اکثر مراقبت های قید شده برای پیشگیری نیاز به تجهیزهای کامل، ساختار مجهز و نیروی انسانی کافی دارد، ساختار بخش های مورد مطالعه از این اصل برخوردار نبوده است. بنابراین می توان چنین نتیجه ای را، - به علت کمبود امکانات از نظر لوازم و تجهیزات و نیروی انسانی - انتظار داشت. در مورد تغذیه نیز کیفیت مراقبت ها نسبتاً مطلوب بوده است. این در حالیست که سوء تغذیه از عوامل شناخته شده بروز زخم فشاری به شمار می رود (۱۵) که به این ترتیب این تفسیر بانیجه بدست آمده همگون نیست. آموزش بیمار و خانواده وی نیز می تواند در پیشگیری از بروز زخم فشاری نقش ارزنده ای داشته باشد. در حالی که

است. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که نیازی به برگزاری دوره‌های بازآموزی مدیران مراکز آموزشی- درمانی وجود ندارد زیرا به هر حال در همه بیمارستان‌ها این مسأله وجود دارد. بنابراین بهتر است که این دوره‌ها در مورد اهمیت کیفیت فرایند مراقبت‌ها و کیفیت ساختار در پیشگیری از بروز زخم فشاری برگزار شود و نیز پیشنهاد می‌شود که دورنمای هدف‌های آموزشی این کلاس‌ها استفاده از امکان‌های موجود برای بهینه‌سازی کیفیت فرایند و ساختار در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مدیران و کارکنان مرکز آموزشی- درمانی پورسینای رشت برای همکاری در دستیابی به یافته‌های این پژوهش قدردانی می‌شود.

باعث کارکرد ضعیف کارکنان می‌شود (۱۷) به علاوه در صورت نبود کارکنان کارآموده و شایسته، ارائه خدمات درمانی مطلوب ناممکن است (۱۷ و ۱۸).

با توجه به اهمیت تاثیر ساختار بر ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها می‌توان استدلال کرد که مشکل اختصاص بودجه و هزینه بیمارستان، نداشتن آگاهی کافی کارکنان در مورد نیاز به تامین لوازم و تجهیزهای پیشگیری از بروز زخم فشاری می‌تواند بر کیفیت نامطلوب ساختار موثر باشد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش کیفیت فرایند مراقبت‌های پیشگیری زخم بستر در بیماران بی حرکت یا کم حرکت بخش‌های ارتوپدی نسبتاً مطلوب است و این در حالی است که کیفیت ساختار این بخش‌ها نیز از نظر نیروی انسانی، محیط فیزیکی و امکانات و تجهیزات نامطلوب

منابع

1. Ulrich S P, et al. Medical Surgical Nursing Care Planning. Philadelphia: WB Saunders, 1998.
2. Arblaster G. Pressure Sore Incidence: a Strategy for Reduction. Nursing Standard 1999;2(28):49-53.
3. Rosse F, Redfern. Nursing Older People. London: Churchill Livingstone, 2001.
4. Potter P, Perry A. Fundamental of Nursing. St Louis: Mosby, 2003.
- 5- افشاری، پوراندهخت؛ رستمی، شهناز: بررسی زخم فشاری بیماران بستری در بیمارستانهای گلستان و امام خمینی اهواز. نشریه علمی دانشکده پرستاری و مامایی اهواز، ۱۳۷۶، شماره ۴، صص: ۲۷-۲۴.
6. Tilus S. Under Pressure Weighed Down by a High Number of Pressure Ulcers Care Givers get a Boost from a New Initiative. Nursing Management 2001;32(10):43-45.
7. Bale S, Jones V. Wound Care Nursing. Philadelphia: Bailliere Tindall, 1997.
- 8- دادگری، فهیمه: بررسی کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه چاپ شده کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، ۱۳۷۹.
- آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، ۱۳۷۹.
9. Phipps W, et al. Medical Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice. St. Louis: Mosby, 1999.
10. Arlowe J. Pressure Prevention Policis. Nursing Times 1998; 94(12): 60-62.
11. Arkness G, Dincher J. Medical Surgical Nursing. St. Louis: Mosby, 1999.
12. Ucker S, et al. Patient Care Standard Collaborative Practice Planning Guide. St. Louis: Mosby, 1997.
13. Lack J, et al. Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. Philadelphia: W B Saunders, 2001.
14. Aylor c, et al. Fundamental of Nursing Philadelphia: J.B. Lippincott, 2000.
15. Ussel L. Physiology of the Skin and Prevention of Pressure Sore. British Journal Nursing 1998; 7(18): 1084-1098.
- ۱۶- اسمعیلی، روانبخش: کاربرد فرایند پرستاری در آموزش بیمار. تهران: نشر سالمی، ۱۳۷۹.

- ۱۷- داگلاس، لورای: مدیر و رهبر اثربخش در پرستاری. ترجمه: فاطمه نیکشکرینیا، تهران: نشر و تبع بشری، ۱۳۷۵.
- ۱۸- هروآبادی، شفیه؛ مرباغی، اکرم: مدیریت پرستاری ومامایی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۶.
- ۱۹- عادل، حمیرا: بررسی کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری پیشگیری از زخم بستر در بیماران بی‌حرکت بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهرساری. پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۹.

Survey of the Quality of Care in Provided in Prevention of Pressure Sores in Hospitalized Patients in Orthopedic Wards

Paryad E., Jahanshahi M., Jafroodi Sh., Kazem Nezhad E.

Abstract

Introduction: Immobility refers to limitation of physical activity. If immobility continues for a long term can cause serious complications such as skin injuries that form pressure sore. A study conducted in USA reported the morbidity rate due to pressure sore in patients was 19% and an another study showed this rate in patients in orthopedic ward in Tehran was 25% .

Objective: Since promoting the quality of care can prevent many immobility complications, therefore this descriptive study was performed. The purpose of this study was to determine quality of care in prevention of pressure sore.

Materials and Methods: The tool of data collection had three sections including: predicting Braden Scale, demographic data form, check list for determining quality of care in prevention of pressure sore and quality of structures.

Results: The results of study showed that in the majority of cases (87.1%) the performed care process for prevention of pressure sore was almost satisfactory. Findings also showed that quality of structure in this educational-therapeutic center, in the majority of cases (72.9%) was undesirable. Other findings indicated a statistically significant relationship between performed quality of care process and quality of structure ($P < 0.004$, $r = 0.341$)

Conclusion: Quality of structure in the majority of cases was undesirable, this can affect on quality of care in prevention of pressure and it seems the managers' knowledge can arise quality of care in that center.

Key words: Decubitus Ulcer/ Immobilization/ Quality of Health Care